



Kwaliteitsnormen praktijkvoering Interne Geneeskunde

Kwaliteitsnormen praktijkvoering Interne Geneeskunde

De kwaliteitsnormen voor de praktijkvoering Interne Geneeskunde zijn verdeeld in vier kwaliteitsdomeinen.

- A. Evaluatie van zorg
- B. Vakgroepfunctioneren
- C. Patiëntenperspectief
- D. Professionele ontwikkeling.

A. Kwaliteitsnormen evaluatie van zorg

Medisch beleid

- 1. Werken volgens richtlijnen
- 2. Opnamebeleid klinische patiënt
- 3. Medisch beleid klinische patiënt
- 4. Medisch beleid poliklinische patiënt
- 5. Intercollegiale toetsing medisch beleid poliklinische patiënt
- 6. Visitefrequentie
- 7. Multidisciplinair overleg

Continuïteit patiëntenzorg

- 8. Dossiervoering
- 9. Dienstregeling en bereikbaarheid
- 10. Dienstoverdrachten
- 11. Berichtgeving aan de huisarts

Risico's en uitkomsten van zorg

- 12. Risico's en uitkomsten van zorg

Randvoorwaarden voor goede zorgverlening

- 13. Randvoorwaarden voor goede zorgverlening

B. Kwaliteitsnormen vakgroepfunctioneren

- 14. Schriftelijke werkafspraken
- 15. Samenwerking met verwijzers
- 16. Teamklimaat

C. Kwaliteitsnormen patiëntenperspectief

- 17. Patiënttevredenheid
- 18. Klachten en claims

D. Kwaliteitsnormen professionele ontwikkeling

- 19. Kennis en vaardigheden vakgroep
- 20. (Her)registratie internist
- 21. Hercertificering endoscopisten
- 22. Optimaal functioneren
- 23. Refereerbijeenkomsten

A. Kwaliteitsnormen evaluatie van zorg

Medisch beleid

1. Norm werken volgens richtlijnen

De vakgroep heeft een structurele aanpak voor de implementatie van de relevante, actuele richtlijnen.*

- *) De actuele richtlijnen die van toepassing zijn voor de interne geneeskunde zijn opgenomen in de [NIV database kwaliteit](#). Van internisten wordt verwacht dat zij werken volgens richtlijnen. Indien van de richtlijn wordt afgeweken, wordt dit beargumenteerd vastgelegd in het patiëntendossier. Er zijn verschillende mogelijkheden om richtlijnen te implementeren en om te evalueren of gewerkt wordt volgens richtlijnen. Deze mogelijkheden worden genoemd in de [toelichting](#) op de NIV website.

2. Norm opnamebeleid klinische patiënt

Klinische patiënten worden op de afdeling Interne Geneeskunde opgenomen. Indien dit incidenteel niet mogelijk is, kunnen patiënten op andere afdelingen worden opgenomen. Op de betreffende afdelingen is per patiënt bekend wie de hoofdbehandelaar is en hoe deze bereikt kan worden.*

- *) Incidenteel betekent dat soms patiënten op andere afdelingen worden opgenomen, maar nooit meer dan 10% op een dag.

3. Norm medisch beleid klinische patiënt

Voorafgaand aan of bij opname is het voorlopig medisch beleid met een internist afgestemd. Binnen 24 uur na opname ziet een internist de patiënt en accordeert het medisch beleid.

4. Norm medisch beleid poliklinische patiënt

Voor poliklinische patiënten is voldoende tijd beschikbaar om het medisch beleid te bepalen en toe te lichten en de vragen van de patiënt te beantwoorden.*

- *) Voldoende tijd betekent minimaal 30 minuten voor het eerste polikliniekbezoek en minimaal 10 minuten voor het vervolgconsult.

5. Norm intercollegiale toetsing medisch beleid poliklinische patiënt

Het medisch beleid inclusief de klinische redenering wordt intercollegiaal getoetst op basis van een aselecte steekproef van minimaal vijf poliklinische patiënten per internist per jaar en de resultaten worden in de vakgroep besproken.

Medisch beleid (vervolg)

6. Norm visitefrequentie

Voor alle klinische patiënten geldt minimaal de onderstaande visitefrequentie ongeacht de afdeling waar zij zijn opgenomen.

- Op doordeweekse dagen moet bij iedere patiënt dagelijks visite worden gelopen door een arts-assistent waarbij een lid van de verpleegkundige staf deelneemt en aanvullend een internist volgens onderstaande frequentie:
 - Minimaal 1 keer per week indien opleidingskliniek;
 - 2 keer per week indien geen opleidingskliniek, maar wel arts-assistenten aanwezig zijn;
 - Minimaal dagelijks indien geen arts-assistenten aanwezig zijn.
- In het weekend moet visite gelopen worden door een internist of arts-assistent bij elke patiënt die medische aandacht behoeft.
- 1 keer per week moet een gezamenlijke papieren visite worden gehouden waarbij alle klinische patiënten worden besproken. Minstens twee internisten, de arts-assistenten en verpleegkundigen dienen aanwezig te zijn.

7. Norm multidisciplinair overleg

De vakgroep neemt deel aan multidisciplinair overleg en de resultaten worden schriftelijk vastgelegd.

Continuïteit patiëntenzorg

8. Norm dossiervoering

De actuele, relevante informatie voor het medisch handelen inclusief de klinische redentatie is vastgelegd in het patiëntendossier.

Relevante informatie voor dossiervoering:

- Reden van verwijzing/opname
- Anamnese (inclusief medicatie)
- Lichamelijk onderzoek
- Samenvatting (alleen in klinische status)
- Differentiaal diagnose
- Onderzoekprogramma
- Diagnose
- Beleid/therapie (inclusief medicatie)
- Decursus (inclusief eventuele complicaties)
- Informatie aan patiënt en toestemming van patiënt voor eventuele behandeling en behandelbeperkingen (informed consent)
- Rapportage van gesprekken met patiënt en/of familie en van overleg met huisartsen
- (Ontslag)brief inclusief (ontslag)medicatie
- Reanimatiebeleid en eventuele behandelbeperkingen, direct zichtbaar voor iedereen die de status inziet
- Allergie, direct zichtbaar voor iedereen die de status inziet
- In de klinische status dient te worden vermeld of na overlijden toestemming voor obductie en weefseldonatie is gevraagd en of deze is verkregen.

Continuïteit patiëntenzorg (vervolg)

9. Norm dienstregeling en bereikbaarheid

De vakgroep heeft schriftelijke afspraken over de dienstregeling en de bereikbaarheid van de dienstdoende internist. Voor betrokkenen in het ziekenhuis is bekend wie de dienstdoende internist is tijdens de dag-, nacht- en weekenddienst en hoe deze bereikt kan worden.

10. Norm dienstoverdrachten

De vakgroep zorgt dat een overdracht plaatsvindt bij elke wisseling van dienstdoende internist en/of arts-assistent. Tijdens de overdracht wordt de verantwoordelijkheid en de benodigde informatie voor de zorg voor de klinische patiënten overgedragen aan de volgende dienstdoende. In de ochtendoverdracht participeren op alle doordeweekse dagen ook de superviserende internisten van de betreffende klinische afdeling(en) en zijn alle subdisciplines die betrokken zijn bij deze afdeling(en) vertegenwoordigd.*

*) Zie ook: [‘Optimaliseren dienstoverdrachten: handreiking voor de praktijk’](#)

11. Norm berichtgeving aan de huisarts

Berichtgeving aan de huisarts vindt op onderstaande wijze plaats.

- *Klinische patiënten*
 - *Voorlopig ontslagbericht met de volgende punten dient op de dag van ontslag gestuurd te worden.*
 - *Diagnose*
 - *Behandeling*
 - *Vervolgafspraken*
 - *Medicatie*
 - *Eventuele verzoeken/adviezen aan de huisarts.*
 - *Definitieve ontslagbrief dient binnen 14 dagen te worden verzonden.*
 - *Overlijden dient zo spoedig mogelijk aan de huisarts of diens waarnemer te worden medegedeeld en dezelfde dag bevestigd te worden via e-mail of fax.*
- *Poliklinische patiënten*
 - *Bericht dient verstuurd te worden zodra de diagnose is gesteld en een plan van aanpak is afgesproken.*
 - *Voor chronische patiënten geldt dat de huisarts jaarlijks schriftelijk wordt geïnformeerd en bij iedere essentiële wijziging in het ziektebeloop en/of beleid.*
- *‘Slecht nieuws’-gesprekken dienen zo spoedig mogelijk aan de huisarts of diens waarnemer te worden medegedeeld.*

Risico's en uitkomsten van zorg

Om goede kwaliteit van zorg te leveren en de kwaliteit continu te verbeteren, is inzicht in de risico's en uitkomsten van zorg noodzakelijk. Indicatoren die relevant zijn voor internisten en wettelijk verplicht gerapporteerd moeten worden, zijn per aandoening weergegeven in de [NIV database kwaliteit](#). In deze database worden ook de bestaande klinische registraties vermeld.

Aanvullende manieren om inzicht te krijgen in de risico's en uitkomsten van zorg zijn bijvoorbeeld:

- Melden, analyseren en bespreken van incidenten en calamiteiten (zie: '[Praktijkgids Veilig Incidenten Melden](#)', VMS Veiligheidsprogramma)
- Registreren, analyseren en bespreken van complicaties (zie [toelichting](#) op de NIV website)
- Onderzoek en bespreking van de diagnosespecifieke Standardized Mortality Ratios (zie [indicator 12.1.1](#))
- Dossieronderzoek en bespreking van vermijdbare zorggerelateerde schade (zie [indicator 12.2.1](#))
- Analyseren en bespreken van onverwacht lange opnameduur (zie [indicator 12.2.2](#))
- Prospectief inventariseren en bespreken van risico's (zie: '[Praktijkgids PRI](#)', VMS Veiligheidsprogramma)
- (Multidisciplinaire) necrologie- en obductiebesprekingen
- Casusbesprekingen.

12. Norm risico's en uitkomsten van zorg

De vakgroep registreert en analyseert op structurele wijze de risico's en uitkomsten van zorg, bespreekt de resultaten in de vakgroep en multidisciplinair indien van toepassing en neemt maatregelen ter verbetering indien nodig. De registratie en analyse van risico's en uitkomsten van zorg betreft minimaal de incidenten en calamiteiten, de complicaties en de resultaten van de landelijk verplichte indicatoren.

Randvoorwaarden voor goede zorgverlening

13. Norm randvoorwaarden voor goede zorgverlening

Het ziekenhuis biedt de benodigde voorzieningen en faciliteert de internist/vakgroep op adequate wijze om goede zorgverlening mogelijk te maken.

B. Kwaliteitsnormen vakgroepfunctioneren

14. Norm schriftelijke werkafspraken

De vakgroep heeft schriftelijke werkafspraken voor taken die onder de eindverantwoordelijkheid van de internist door anderen worden uitgevoerd of in het kader van taakherschikking. De werkafspraken** hebben betrekking op de vakinhoudelijke zorgverlening en de bijbehorende verantwoordelijkheden en bevoegdheden.*

*) Zie: '[Dossier Taakherschikking](#)' van de KNMG voor actuele informatie.

**) Werkafspraken kunnen vastgelegd zijn in bijvoorbeeld protocollen en procedures.

15. Norm samenwerking met verwijzers

De vakgroep heeft schriftelijke afspraken met de reguliere verwijzers over het verwijs- en terugverwijsbeleid.*

*) Onder verwijzers wordt verstaan de huisartsen en/of organisaties die patiënten naar de vakgroep verwijzen.

16. Norm teamklimaat

De vakgroep vult de Team Climate Inventory minimaal 2x per 5 jaar in, bespreekt de resultaten en neemt maatregelen ter verbetering indien nodig.

C. Kwaliteitsnormen patiëntenperspectief

17. Norm patiënttevredenheid

De vakgroep heeft periodieke rapportages over de patiënttevredenheid, bespreekt de resultaten op structurele wijze en neemt verbetermaatregelen indien nodig.*

*) Patiënttevredenheid kan op diverse wijzen gemeten worden door de vakgroep of ziekenhuis zelf of door externe partijen. Bij de norm wordt verwacht dat de vakgroep rapportages heeft specifiek voor de interne geneeskunde.

18. Norm klachten en claims

De vakgroep levert een constructieve bijdrage aan het tijdig afhandelen van klachten en claims van (poli)klinische patiënten. De vakgroep ontvangt en bespreekt minimaal twee keer per jaar het overzicht van ingediende klachten en claims inclusief de afhandeling. Indien van toepassing neemt de vakgroep structurele maatregelen ter voorkoming van vergelijkbare klachten en claims.

D. Kwaliteitsnormen professionele ontwikkeling

19. Norm kennis en vaardigheden vakgroep

De vakgroep heeft de omvang, kennis en vaardigheden om de interne geneeskunde in de volle breedte uit te oefenen. Indien dit niet het geval is, is voor verwijzers bekend wat de beperking is en naar welke organisatie de patiënt verwezen kan worden.

20. Norm (her)registratie internist

Elke praktiserende internist is door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten ge(her)registreerd.

21. Norm hercertificering endoscopisten

Voor hercertificering als endoscopist dient voldaan te worden aan de onderstaande vereisten.

1. Aantal scopieën (per te certificeren onderdeel)

- | | |
|---|-----------------------|
| • Diagnostische oesofagogastroduodenoscopie | minimaal 200 per jaar |
| • Therapeutische oesofagogastroduodenoscopie | minimaal 12 per jaar |
| • Colonoscopie | minimaal 100 per jaar |
| • Sigmoidoscopie (eventueel verrichte coloscopieën tellen mee voor dit getal) | minimaal 100 per jaar |
| • ERCP | minimaal 30 per jaar |

2. Minimaal 75 uur per vijf jaar scholing gastro-enterologie.

3. *Indien het verplichte aantal scopieën niet wordt gehaald dan wordt het certificaat niet uitgereikt en heeft de scopist 2 jaar de tijd om de juiste aantallen te halen om alsnog voor certificering in aanmerking te komen. Dit dient twee jaar na het uitbrengen van dit advies aan het Forum Visitatorum te worden gerapporteerd. Gedurende deze tijd moet de scopist werken onder eindverantwoordelijkheid van een gecertificeerd scopist.*

22. Norm optimaal functioneren

De vakgroep is mede verantwoordelijk voor het optimaal functioneren van al haar leden. Het functioneren van de vakgroep wordt minimaal een keer per jaar expliciet besproken door de vakgroep. Alle leden van de vakgroep nemen deel aan een systeem om het individueel functioneren** periodiek te evalueren en te verbeteren.*

*) Zie ook '[Optimaal functioneren van medisch specialisten](#)'

**) Het individueel functioneren kan op diverse wijzen geëvalueerd worden, bijvoorbeeld via IFMS, multisource feedback, appraisal & assessment.

23. Norm refereerbijeenkomsten

De vakgroep organiseert minimaal 6 x per jaar een interne of externe refereerbijeenkomst.